口唇に変形をきたした義歯性線維腫の1例

河合 幹・岸本 卓・北岡 豊・栗田 賢一
大西 正信・古賀賢三郎・柳原 惇郎

A case of lip deformity due to denturefibroma

Tsuyoshi KAWAI・Taku KISHIMOTO・Yutaka KITAOKA・Kenichi KURITA
Masanobu OHNISHI・Kenzaburoh KOGA・Junro SAKAKIBARA

緒 言

義歯性線維腫は不適合な補綴物の辺縁による慢性的な機械的刺激が加わることによって口腔軟組織に起こる組織の過剰増殖として考えられており比較的频率の高い病変である。通常、その病変の及ぶ範囲は口腔内に限られ、かなり巨大な義歯性線維腫が存在しても顔貌の変形をきたすことはまれである。

今回われわれは歯槽堤のみならず口唇部まで病変が波及し、著しい口唇変形をきたした広範な義歯性線維腫に対し、線維腫の表層粘膜を利用して口腔前庭形成を行うことにより口唇は著しく延長され、機能的にも審美的にも良好な結果を得たので報告する。

症 例

患 者：53歳 女性。

初 診：昭和54年6月■日。

主 訴：上口唇の変形。

家族歴、既往歴：ともに特記すべき事項なし。

現病歴：約9年前に上下顎全部床義歯装着、その後上顎口腔前庭部に時々疼痛と腫脹をおぼえたが放置していたところ、3年前より上顎唇側歯肉部が徐々に腫脹し、上唇の赤唇部が内翻して正中部がしだいに陥凹してきたため当科を受診した。

現 症

全身所見：体格中等度、栄養状態良好。

顔貌所見：上唇の赤唇は内翻して非常に薄く、正中部は陥凹と変形により、口唇裂術後のような外観を呈して

写真1 初診時口唇部所見

上唇正中の陥凹変形により口唇裂術後のような外観を呈し、閉口時も義歯前歯部が露出している。

写真2 初診時口腔内所見

歯槽堤外側に左右小臼歯部にわたる弁状の巨大な腫瘤を認める。

いる。閉口時も口唇を完全に閉鎖することができず義歯前歯が露出する状態となっている(写真1)。

口腔内所見：上下顎ともに無歯顎で全部床義歯を装着している。上顎口腔前庭部に左右の小臼歯にわたる広範な山脈状の弾性硬の腫瘤を認めるが、腫瘤表面は健康歯肉色を呈し、疼痛などの自覚症状は全く欠如している

愛知学院大学歯学部第2口腔外科学教室(主任：河合 幹教授)

The Second Department of Oro-Maxillo-Facial Surgery, School of Dentistry, Aichi-Gakuin University (Chief: Prof. Tsuyoshi Kawai)

受付日：昭和56年9月14日

写真3 初診時X線所見

上顎前歯部歯槽堤の著明な吸収が認められる。

写真4 病理組織学的所見

粘膜上皮の肥厚および角化と上皮下組織における著明な膠原線維の増殖を認める。

図1 1: 上顎歯槽全体の模式図。着色部が腫瘍切除範囲を示す。
2: 破線が切開線を示す。

(写真2)。

前歯部の歯槽堤は弾性硬、可動性を持ついわゆるフラビーガムの状態で、かなり著しい歯槽骨の吸収が推測された。使用中の義歯は適合が悪く唇側歯槽堤との間には広いスペースが存在し、ここに入りこむ形で腫瘍が存在していた。

X線所見: オルソパントモ写真により上顎前歯部歯槽堤部に高度の骨吸収をきたしており、鼻腔底下にわずかの骨を残している状態を認めた(写真3)。

病理所見および診断: 摘出に先だって行われた病理組織検査の結果は、病変部上皮組織の角化および肥厚と上皮下組織に著しい膠原線維の増殖と軽度のリンパ球浸潤を認め(写真4)、義歯性線維腫と診断された。

処置および経過: 本症例は前歯部歯槽堤に高度の骨吸収が認められるため、フラビーガムの切除を行うと顎堤が著しく低くなり、補綴処置において義歯の維持がむし

図2 1: 切開時矢状面図。着色部が義歯性線維腫を表す。
2: 病変切除後の口唇部と歯槽と粘膜弁の関係。
3: 縫合完了時、粘膜弁は歯肉縁に縫合されている。

ろ不安定となることが予測されたので歯槽堤自体には処置を加えず、義歯性線維腫の切除と口唇変形の修復を行うこととした。

写真 5 術後1年半後口唇部所見

術前に認められた上唇陥凹，短縮，赤唇内翻は著明に改善されている。

写真 6 術後1年半時点口腔内所見

歯槽外形は良好で，再発傾向はない。

昭和54年9月■日，NLA 変法下にて義歯性線維腫の切除ならびに口唇形成術を行った。切除範囲は図1-1の着色部で，図1-2の破線が切開線を表示している。正中部は台形に切開を加え線維腫から上皮を剝離して粘膜弁を形成したのち，同部線維腫を摘出し，上唇の変形を是正できる位置まで粘膜弁をスライドさせ，対応する歯肉弁に縫合した(図2)。この際被覆上皮と線維腫は部分的にかなり強固に癒着しており剝離に困難を伴ったが線維腫がかなり広範なものであったため，十分な粘膜弁を得ることができた。

術後の経過は良好で，2か月後に新義歯を作製した。その後経過観察中であるが，2年を経過した現在も，再発，あと戻りなどはみられず，上唇の外形も満足すべき所見を呈している(写真5)。また義歯性線維腫自体の再発傾向もなく，口腔前庭は十分の深さをもって平滑に移行しており，義歯の維持も良好で，患者は咀嚼機能を十分発揮できたと訴えている(写真6)。

考 察

義歯性線維腫についての報告は多く¹⁻²²⁾その発生は，高齢の女性で義歯装着経験の長い者に多く，平均5～7年間の同一義歯使用者に発生しやすく¹⁻³⁾，装着している義歯は全部床義歯の場合が多く，局部床の場合でも残存歯が少なく比較的大きい部類に入るものがほとんどである。発生原因については諸説あり，1) 義歯床縁の過長または不適合な形態，長期装着下で顎堤が退縮し不適合となった床縁による慢性的機械刺激，2) 咬合状態の不良による義歯不安定に起因する軟組織の圧迫，3) 口腔清掃不良による補綴物下粘膜への細菌的，化学的刺激，4) 床材料による化学的刺激，5) 内分泌系の変調などがあげられている。1)，2)の点については臨床的にはほぼ全症例に認められることであり，林⁴⁾の論文で紹介された Axhausen の意見のように床縁による潰瘍形

成と慢性炎症による肉芽増殖のくり返しによる外向的腫瘤形成との考えは最も大きな原因と考えて良いであろう。3)の原因が1，2)の原因に協力することは当然と思われる。4)については金属床による義歯性線維腫の報告もあるが一般にスケルトンタイプの金属床義歯には発生が少ないとされている²⁾。5)の原因は女性に男性の数倍の発生をみることから考えられており，エプーリスの発生と同じ傾向を持っていることを考え併せ，また更年期女性に多いことなどから性差による何らかの要因も十分考えられることである。このように原因についてはまだ明確でない点が多いが，床縁による機械的刺激が主因となり，他の原因が複合して発生すると考えるのが妥当であろう。

義歯性線維腫は一般的に形態により区別されており，山本ら⁶⁾は分葉型，山脈型，中間型に分け，上顎に分類型が多く発生し下顎に山脈型が多いとしている。また山本ら¹⁾は弁状型，分葉型，腫瘤型に分類し，40例中のおの30例，7例，3例であったと報告している。いずれの形態をとっている場合でも病理所見には大きな差は認めないが，腫瘤の形成後の時間的経過，発育段階，部位によって多少の差がみられる。一般的には，上皮組織は角化，肥厚像を示し核の濃縮を認め，いわゆる parakeratosis の状態がみられ，上皮下組織ではおもに膠原線維が増殖し不規則な走向を示しており小血管の拡張，炎症性細胞(主としてリンパ球)の軽度ないし中等度の浸潤が認められるのが普通で，陳旧化した例では細胞成分を減じ膠原線維は太さを増し硝子化しており走向もかなりそろった癭痕組織様の像を呈する場合もある。また症例によっては上皮乳頭部が深部に入り込み錯走して網目構造を持っている場合や，部分的に角化上皮を欠き，浸出液や著しいリンパ球浸潤を呈する潰瘍ないしはびらん面の存在するものもみられる。

Reade & Bouker²⁾は発生母地によって分類を行っており，歯槽部歯肉に局限したものを1型，口腔前庭部に

限局したものを2型, 口腔前庭には茎を持たず口唇, 頬粘膜に限局したものを3型としている。頻度では2型が圧倒的に多く次に1型, 3型の順としている。一般的な部位別の発生頻度を比較すると口腔前庭部のものが非常に多く次に歯槽部, 口唇内側, 口腔底の順となる^{2,3)}。また口腔前庭部でも前歯部から小臼歯部にかけて多く, 大臼歯部に現れることはほとんどないが, その理由として Cooper⁷⁾は経時的な歯槽骨の吸収により義歯と歯槽堤との間に空間ができてくるが, その程度は歯槽頂において著しく, 辺縁付近で軽度のため徐々に義歯辺縁が軟組織を圧迫するようになり, さらに口唇部は動きが活発なため刺激を受けやすいなどの理由をあげている。

今回われわれの経験した義歯性線維腫の1例は上顎歯肉頬移行部に発生したもので Reade²⁾の分類で2型に入り, 不整な弁状で表面は比較的平滑なものであったが, 基底が深く上唇組織内にまで及び歯槽の骨吸収も著明であった。義歯性線維腫の原因が, 床縁の潰瘍形成と慢性炎症による肉芽増殖が主因となる外向的な腫瘍であるにもかかわらず, このような深達性の増殖を示した報告はわれわれの関与した範囲内では見あたらなかった。

本症の治療法としては, 発生原因と病理組織像から単なる炎症反応物として認識されているため, 原因の除去, すなわち補綴処置において良好な義歯を再製するだけで病変の縮小ないし消失をみたとする報告⁸⁻¹⁰⁾もあるが, 口腔軟組織の変化に限局せず周囲組織の変形や顎骨の吸収まで引き起こされている進展例では何らかの外科的処置が必要となり, また過形成部が陳旧化した場合には刺激の除去のみで旧態に復するとは考え難く, さらには, まれながら時として白板症への変化, 異型性上皮細胞を認めた例もあり¹¹⁾, 悪性化する可能性は否定できないので外科的切除を行うのが妥当と考えられる。

外科的処置方針としては, 1) 単に病変を切除し1次縫合する方法¹²⁻¹⁴⁾, 2) 切除によって生じる raw-surface に中間層植皮を行う方法¹⁵⁾, 3) raw-surface を開放創とし surgical pack などによって被覆し上皮化を待つ方法^{16,17)}, などが主であるが, 1) は縫縮後口腔前庭が浅くなる, 2) は植皮のための患皮部を身体のいずれかの部位に求めなければならない, 3) は創の上皮化に日数を要した後疼痛, 感染の機会が常に存在し管理が繁雑であるなど, それぞれ欠点を有している。義歯性線維腫が本態的な腫瘍でない以上その切除範囲はのちの機能的障害を考えた上で設定すべきで不必要な組織の切除はむしろ有害であるといえる。このためわれわれは Thoma¹⁸⁾, Kruger¹⁹⁾が発表している義歯性線維腫自体は摘出するものの線維腫を被覆している粘膜は保存し, これを利用して創の1次閉鎖を行う方法を準用し, 十分な量の粘膜弁を得ることができ, 粘膜移動術と口腔前庭形成を容易に行うことができた。この方法による口腔前庭形成はかなり行われているが^{2,20,21)}, 今回の症例では口唇の変形の修復

に対しても大きな効果を発揮しており, 有用な治療法と考えられる。

なお本病変の再発傾向は少なく Ralph²²⁾は72例中2例, Reade²⁾は143例中0例, 本邦においては山本¹⁾が40例中0例としており適切な手術と術後の適合の良い義歯の使用により十分予防しうられると思われる。

結 語

今回われわれは, 上顎口腔前庭に発生した義歯性線維腫により上唇の著明な変形をきたした症例に対し, 線維腫の摘出と腫瘍表面粘膜を利用した粘膜移動術により, 機能的にも審美的にも良好な結果を得たので報告した。

本稿の要旨は, 昭和56年第16回中部形成外科学会総会(於, 名古屋)にて発表した。

引 用 文 献

- 1) 山本悦秀, 他: いわゆる義歯性線維腫40例の臨床的研究. 口病誌 44: 180 1977.
- 2) Reade, P., Bouker, P.: A conservative surgical approach to the correction of irritational hyperplasias caused by dentures. Brit J Oral Surg 11: 10 1973.
- 3) Nordrenram, A., Landt H.: Hyperplasia of the oral tissues in denture cases. Acta Odont Scand 27: 481 1969.
- 4) 林 都志夫: 補綴物の刺激により誘発された口腔内新生物(いわゆる Prothesenfibrom, Denture fibroma)について. 歯界展望 15: 549 1958. より引用.
- 5) 永田和武, 他: 義歯床の刺激による顎堤粘膜の巨大な線維性増殖症 Fibrous Hyperplasia の1例. 日歯評論 342: 26 1971.
- 6) 山本美朗, 他: 義歯性線維腫症の病態とその臨床的注意点. 日歯評論 442: 51 1979.
- 7) Cooper, E.H.: Hyperplasia of the oral tissues caused by ill-fitting dentures. Brit Dent J 116: 111 1964.
- 8) 楊箸明朗, 他: 高度な denture fibroma に外科的処置を加えず成功した上顎全部床義歯の1例. 日歯評論 421: 51 1977.
- 9) 丸谷久美子, 他: 補綴の処置によって良好な結果が得られた Denture fibroma の1例. 齒見歯学 4(1): 17 1978.
- 10) Bodine, R.L.: Oral lesions caused by ill-fitting dentures. J Pros Dent 21: 580 1969.
- 11) 清水正嗣: 口腔癌と義歯・補綴物などとの関連. 歯界展望 37: 25 1971.
- 12) 長谷川郁夫, 他: 義歯不適合による口腔粘膜の肥厚増殖—組織学的並びに生理学的観察. 阪大歯誌 13: 219 1968.

- 13) 池端邦夫, 他: 義歯床縁刺激によると思われる巨大なる歯肉腫の1治験例, 口科誌 9: 110 1960.
- 14) 林 繁雄, 他: いわゆる Denture Fibroma の1症例について, 新潟歯誌 8: 25 1978.
- 15) 小川邦明, 他: 広範な義歯性線維腫摘出後の中間層植皮による口腔前庭形成—口腔内での tie-over 法—, 形成外科 18: 336 1975.
- 16) 村井 茂, 他: Secondary epithelization による歯槽堤形成術の4症例, 北海道歯会誌 33: 36 1978.
- 17) 広瀬洋二, 他: いわゆる Denture Fibroma の2症例, 城歯大紀要 4: 401 1975.
- 18) Thoma, K.H.: Oral Surgery, ed 3, C.V. Mosby Co, St Louis, 1958, p 279.
- 19) Kruger, G.O.: Textbook of oral surgery, C. V. Mosby Co, St Louis, 1968, p 110.
- 20) 関山 昇: 補綴のための形成手術, 国際歯科ジャーナル 6: 551 1977.
- 21) 近江啓一, 他: 義歯性線維腫の切除と形成処置について(会), 岩手歯誌 1: 181 1976.
- 22) Ralph, J.P., Stenhouse D.: Denture-induced hyperplasia of the oral soft tissues, Brit Dent J 132: 68 1972.